

## 日中一時支援事業 利用申請書

下野市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名	印				
	住所	〒 電話番号				
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	利用者氏名			申請者との関係		
	身体障害者手帳番号	療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		
	申請回数	月	回	支給決定	月	回
						備考
家族構成	氏名	続柄	勤務先又は学校名	勤務時間等	勤務先電話番号	備考
				: ~ :		
				: ~ :		
				: ~ :		
				: ~ :		
				: ~ :		
利用希望理由	<b>該当する番号に○を付けてください。(監護する方が)</b>					
	1 就労している。 2 病気等により療養中である。 3 就労の準備のため学校等に通っている。 4 介護を要する家族がいる。 5 その他(具体的に)					
<b>緊急の連絡先(勤務先の電話番号、携帯番号等)</b>						
1						
2						

申請書氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。